

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) nimmt zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) wie folgt Stellung:

Die Intention hinter dem GVSG ist aus Sicht der DGIV grundsätzlich positiv zu bewerten. Jedoch wurde der Referentenentwurf im Vergleich zum Kabinettsentwurf stark abgeschwächt, weshalb Kritik unvermeidlich ist. Viele zentrale Aspekte, die ursprünglich als innovative Versorgungskonzepte vorgesehen waren und im Koalitionsvertrag als Prioritäten galten, sind entfallen. Besonders bedauerlich ist das Streichen zukunftsweisender Ansätze wie der Gesundheitsregionen, primären Versorgungszentren und Gesundheitskioske. Dennoch ist der anfängliche Mut der Gesetzgeber zu betonen, diese Konzepte zunächst in den Referentenentwurf aufzunehmen.

Die ursprüngliche Idee einer intersektoralen Versorgung, die in früheren Entwürfen des GVSG enthalten war, wäre wegweisend gewesen. Sie hätte das Gesundheitssystem nicht nur langfristig kostengünstiger, sondern insbesondere angesichts des zunehmenden Ressourcenmangels effizienter gemacht. Nun lässt sich der Begriff „sektorenübergreifend“ nur noch ein einziges Mal im gesamten Entwurf finden. Die Streichung dieser Elemente stellt einen Rückschritt dar und wird von der DGIV als verpasste Chance angesehen. Wir fordern den Gesetzgeber auf, die gestrichenen Punkte zu überdenken und diese wieder in den Entwurf aufzunehmen.

Gesundheitsregionen gestrichen - Verpasste Chance für regionale Versorgungslösungen

Im Referentenentwurf wurden Probleme im deutschen Gesundheitssystem adressiert, welche gelöst werden müssen. Diese Lösungsansätze lassen sich im aktuellen Entwurf bedauernswerterweise vermissen. Es wurde eine maßgebliche Veränderung adressiert, auf die viele Akteure im Gesundheitswesen warten, unabhängig vom Versorgungssektor. Besonders strukturschwache Regionen, die bereits unter einer unzureichenden Versorgung leiden, benötigen dringend konkrete Maßnahmen. Die im ursprünglichen Entwurf genannten Lösungsvorschläge waren vielversprechend, doch die Bürgerinnen und Bürger brauchen *jetzt* Veränderungen und nicht erst im nächsten Gesetzgebungszyklus. Besonders enttäuschend ist das Streichen der Gesundheitsregionen nach § 140b SGB V (neu), da die selektivvertragliche Grundlage unzureichend ist.

Mit einer Einführung des § 140b SGB V (neu) wäre die einmalige Chance gegeben, eine regionale, intersektorale Versorgung zu etablieren, die eine umfassende und flächendeckende Gesundheitsversorgung gewährleisten könnte. Die Gesundheitsregionen stellen ein „Ermöglichungsmodell“ für regionale Lösungen dar, das die intersektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit der zahlreichen ambulanten ärztlichen, therapeutischen, pharmazeutischen und pflegerischen sowie stationären Leistungsbereiche in einer Region ermöglicht und vereinfacht. Diese Lösungen können sich sowohl auf kleine Transformationen, beispielsweise der Umwandlung einer klinischen Abteilung in eine ambulante Einrichtung, oder auch auf größere Lösungen wie die Koordination von Pflege- und Gesundheitsangeboten beziehen.

Die Gesundheitsregionen bieten ebenfalls die Chance, dass Krankenkassen und Landesverbände besser zusammenarbeiten können. So könnte ein fach- und disziplinübergreifendes Versorgungsangebot etabliert werden, das bevölkerungsbezogen und flächendeckend auch in unterversorgten ländlichen Gebieten verfügbar ist. Hierfür sollten aus Sicht der DGIV jedoch grundlegende Voraussetzungen erfüllt werden. Es ist eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung notwendig, um die einheitlichen Standards und durchgehende Versorgungsqualität zu sichern. Weiter sollten die Krankenkassen die Möglichkeit haben, dem Modell zu Beginn oder zu einem späteren Zeitpunkt einseitig beizutreten, um die Einführung zu erleichtern und zu flexibilisieren. Zudem sollte die Versorgungsgestaltung die Pflege unter Berücksichtigung von § 92b SGB XI ausdrücklich miteinbeziehen, um pflegerische Bedarfe gezielt abzudecken. Auch sollte die Vergütung über ein Globalbudget erfolgen, was einerseits die Leistungserbringung und Vertragserfüllung vereinfacht und andererseits somit das Wirtschaftlichkeitsbot über die ganze Region hinweg berücksichtigt. Die Partner in den Regionen müssen Freiheiten in der Leistungserbringung erhalten, während sie an die Gesamtwirtschaftlichkeit gebunden sind, ansonsten können innovative und zukunftssträchtige Versorgungslösungen nicht umgesetzt werden. Eine zu starke Fokussierung auf die Wirtschaftlichkeit von Einzelleistungen würde dieser Entwicklung im Weg stehen.

Einseitiger Finanzfokus

Zudem zeigt sich im Entwurf zum GVSG, wie auch im Entwurf zum KHVVG, eine einseitige Fixxierung auf die kurzfristige Finanzierung. So wurde beispielsweise das Konzept der Gesundheitskioske aus Kostengründen gestrichen. Ein Gesundheitskiosk kann unter bestimmten Bedingungen, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsregionen, eine adäquate und effiziente Versorgungslösung sein. Der enge Kostenblick verhindert den Blick auf die präventiven und gesundheitsfördernden Potentiale des Entwurfs. Die im Gesetz enthaltenen Themenregionen hätten hilfreich sein können, um neue Konzepte rund um Grundversorger mit niedrigen Bettenzahlen oder alternative Versorgungsmodelle zu etablieren. Es lassen sich interessante kooperative Szenarien denken, die besonders ländliche Regionen schneller transformieren könnten.

Entbudgetierung – Patientensteuerung bleibt unberücksichtigt

Die Änderung des § 87 Absatz 3c SGB V, die die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung vorsieht, wird von der DGIV grundsätzlich begrüßt. Diese Maßnahme orientiert sich an der erfolgreichen hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg und stärkt den ambulanten Sektor. Allerdings lassen sich hiermit die Potenziale der integrierten Versorgung nicht erschließen, da die Entbudgetierung die Arztzentriertheit des Gesundheitssystems stärkt. Durch eine reine Entbudgetierung wird eine multi-professionelle Zusammenarbeit nicht gefördert. Wir benötigen vielmehr ein Zusammenspiel der diversen Leistungserbringer und Disziplinen und somit eine stärkere Verteilung der Versorgungsverantwortung auf alle Gesundheitsberufe. Des Weiteren wird die Patientensteuerung nicht adressiert. Entbudgetierung um ihrer selbst willen ist keine zielführende Maßnahme, auch wenn der ambulante Sektor damit akut unterstützt wird. Eine Entbudgetierung ohne klare Steuerungsmechanismen greift zu kurz und sollte an Modelle wie das „Hausärztliche Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung interprofessionell“ (HÄPPI) gekoppelt werden.

Versorgungspauschalen für chronisch Kranke – Entlastung und Unsicherheiten

Die Einführung quartalsübergreifender Versorgungspauschalen für chronisch Kranke nach § 87 Absatz 2b SGB V wird von der DGIV begrüßt. Dies stellt insbesondere für chronisch kranke Patientinnen und Patienten eine Entlastung dar, da unnötige Arztbesuche vermieden werden, und gibt den Hausärztinnen

und Hausärzten eine Handlungsfreiheit, die Versorgung effizienter zu gestalten. Ob sich die quartalsübergreifenden Versorgungspauschalen jedoch bewähren, wird stark von deren Ausgestaltung abhängen.

Die Formulierung „chronisch kranke Patienten, die keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen“ ist unpräzise und zudem ein unklarer Rechtsbegriff. Bei der Ausarbeitung muss dafür Sorge getragen werden, keine Fehlanreize zu setzen und die Versorgung und folglich die Gesundheit der chronisch kranken Patienten nicht zu gefährden.

Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich

Die geplante Beschleunigung der Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich in § 33 Absatz 3c SGB V (neu) wird von der DGIV ebenfalls begrüßt. Der Gesetzgeber erkennt die Bedeutung einer schnellen Versorgung mit Hilfsmitteln zur Sicherung der Teilhabe und Lebensqualität an. Allerdings beschränkt sich diese Maßnahme auf wenige Patientengruppen. Es fehlen klare Regelungen zur Bedarfserhebung und zum Bedarfsnachweis für alle Versicherten, um langwierige Prüfprozesse zu vermeiden. Insbesondere bei individuell verlaufenden Erkrankungen wie Muskelerkrankungen – etwa amyotropher Lateralsklerose oder spinaler Muskelatrophie – sind lange Prüfzeiten üblich, was die Teilhabe und Lebensqualität erheblich beeinträchtigen kann. Hier bedarf es klarer Regelungen, um eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten.

MVZ-Gründungen - Trägervielfalt als Schlüssel zur Entlastung der Kommunen

Mit den Änderungen an § 95 SGB V möchte der Gesetzgeber die Zulassungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen erleichtern. Die Festlegung von Sicherheitsleitungen, die die Kommunen von der Unsicherheit der schwer absehbaren Folgekosten einer MVZ-Gründung entlasten, wird von der DGIV positiv bewertet. Dennoch kann die Wirksamkeit dieser Maßnahme angezweifelt werden. Es gab in der Vergangenheit mit der Krankenhausreform 2015 und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz 2019 bereits Versuche, Kommunen die Gründung von MVZs zu erleichtern, ohne damit nennenswerte Erfolge erzielt zu haben. Aus Sicht der DGIV ist das darauf zurückzuführen, dass Kommunen, die die notwendigen finanziellen Ressourcen und das nötige Fachwissen bereitstellen können, diese Maßnahmen nicht benötigen. Kommunen, die diese Maßnahmen benötigen, fehlen jedoch entweder die notwendigen finanziellen Ressourcen oder das nötige Fachwissen. Die DGIV möchte an dieser Stelle den Gedanken anregen, weiter zu denken: Wir wünschen uns im Bereich der MVZs mehr Trägervielfalt, und inklusives Denken kann hier zu innovativen Trägerkonstrukten führen. Es gibt diverse Organisationen, wie z.B. Ärztenetze oder denkbare lokale Initiativen von Kosten- oder Krankenhausträgern, die in Frage kommen. Bei diesen Organisationen wäre die notwendige Systemkenntnis bereits vorhanden. Der Aufwand für Kommunen ist auch deshalb so hoch, da sie neben allen anderen Aufgaben auch genau dieses Fachpersonal akquirieren müssen. Hier geraten die Kommunen oft finanziell und organisatorisch an ihre Grenzen. Eine größere Trägervielfalt entlastet die Kommunen und würde auch den Bedenken des Bundeskartellamts Genüge tun.

Stärkung der Pflegeberufe im G-BA

Die Aufwertung der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch § 92 Absatz 7h SGB V (neu) wird von der DGIV als notwendiger Schritt begrüßt. Allerdings wird der Pflege nur ein Mitberatungs- und Antragsrecht eingeräumt. Die Pflege benötigt Entscheidungskompetenz auf Augenhöhe. Wenn die Pflege im G-BA umfänglich mitberaten soll, dann ist eine institutionelle Verankerung notwendig, um, bei den aufwendigen Beratungsunterlagen und Prozessen des G-BA, Arbeitsfähigkeit zu schaffen. Eine Vollvertretung der Pflege mit eigener Agenda ist essenziell, damit sie nicht zum Instrument anderer Interessengruppen wird. Hier hat der Bund bereits Mittel bereitgestellt, sodass eine

Büroorganisation aufgebaut werden kann. Das nächste Ziel muss eine länderübergreifende Bundespflegekammer sein, damit die Pflege legitimiert und mit den notwendigen Ressourcen die gesamte Berufsgruppe vertreten kann. Des Weiteren ist der Teil, den die Pflege im G-BA mitbestimmen soll, begrenzt auf das SGB V. Somit wird nur ein kleiner Teil der Pflege repräsentiert, obwohl die Pflege nach SGB V und SGB XI untrennbar miteinander verwoben ist. Solange stationäre Langzeitpflege, soziale Pflegeversicherung und GKV in der Versorgung getrennt gedacht werden, kann kein Versorgungskontinuum hergestellt werden. Die Stärkung der Pflegeberufe im G-BA ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, doch es müssen Strukturen geschaffen werden, die alle Gesundheitsberufe im Rahmen der Selbstverwaltung sprech- und arbeitsfähig machen. Das Schlaglicht, dass das GVSG hier auf die Hebammen wirft, ist positiv zu bewerten. Dennoch gibt es auch andere Gesundheitsberufe, die erneut keine Beachtung finden. Grundsätzlich bräuchten wir eine Verkammerung aller Gesundheitsberufe, um eine ausgeglichene Repräsentation aller Akteure in der Selbstverwaltung zu ermöglichen. Die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahmen hängt allerdings davon ab, ob diesen Berufsgruppen dedizierte Leistungsbereiche zugewiesen werden. Diese Aufgabe ist organisatorisch sehr anspruchsvoll, aber umsetzbar. Ein erster Schritt in diese Richtung waren die im Koalitionsvertrag festgelegten Leistungsbereiche für Physiotherapeuten, welche im Kabinettsentwurf nicht mehr enthalten sind.

Zusammenfassend ist die aktuelle Fassung des GVSG aus Sicht der DGIV enttäuschend, da der aktuelle Entwurf im Vergleich zum ursprünglichen Kabinettsentwurf deutlich abgeschwächt wurde. Wir fordern daher die Berücksichtigung und Möglichkeit zur Umsetzung von innovativen Versorgungskonzepten wie Gesundheitsregionen über den neu zu schaffenden § 140b SGB V, die Umsetzung von primär Versorgungszentren und die Umsetzung von Gesundheitskiosken zur niederschweligen Begleitung von Personen. Die Erleichterung für Kommunen, MVZs zu gründen, wird zwar positiv aufgenommen, aber als wenig wirksam eingeschätzt. Die DGIV wünscht sich hier mehr Trägervielfalt und die Einbindung weiterer Organisationen. Auch die Aufwertung der Pflege im G-BA wird begrüßt, jedoch als unzureichend angesehen, da die Pflege keine Entscheidungskompetenz auf Augenhöhe erhält. Die DGIV fordert langfristig eine umfassendere Repräsentation aller Gesundheitsberufe. Positiv bewertet die DGIV die geplante Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung, allerdings muss im Zuge der Entbudgetierung auch die Patientensteuerung geregelt werden. Die Einführung von hausärztlichen Versorgungspauschalen wird als sinnvolle Maßnahme angesehen. Der erleichterte Zugang zu Hilfsmitteln ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, um die Bearbeitungszeiten zu verringern, muss aber weitergedacht werden, um eine zeitnahe Versorgung aller Versicherten zu gewährleisten.